

報 告

担任教員による学生面談時の「自覚症状チェックシート」の活用性

Utility of a “Subjective Symptoms Check Sheet” during Student Interviews by the Tutor

富樫和枝, 千田みゆき

Kazue Togashi, Miyuki Chida

キーワード：自覚症状チェックシート, 担任教員, 学生面談, 精神保健, ゲートキーパー

Key words : Subjective Symptoms Check Sheet, tutor, student interviews, mental health, gatekeeper

要 旨

大学における精神保健対策の中で早期発見対策は重要であり、担任教員が果たすゲートキーパーとしての役割は大きいと考える。先に我々は、精神的に不調な学生の早期発見のための指標「自覚症状チェックシート」(SCS)を考案した。本研究の目的は、担任教員がゲートキーパーの役割を担う際のSCSの活用性を明らかにすることである。予めGHQ30の得点が13点以上の学生の面談時に使用できるようにSCSを担任教員に配布した。その結果、SCSの活用率は面談結果の異常なし群では88.2%、経過観察群が92.0%、要面談群が100.0%であった。自覚症状数は、異常なし群では $1.7 \pm 1.6$ 、経過観察群では $3.5 \pm 2.3$ であり異常なし群に比較して有意に高かった ( $p < 0.01$ )。SCSの回収数に対する記載事項のコメント率は、異常なし群では40.0%、経過観察群で94.4%、要面談群で100.0%であった。

I. はじめに

社会的価値基準が多様化してきている現代において、精神保健にかかわる問題は、健康か否かを判断する際に困難を伴い対応が難しくなっている。特に、青年期においては一般的な症状を示さず病像が非定型になるため診断がより一層困難になっている(大熊, 2008)。大学生においても、早期発見や危機介入が適切に行われないと病気が遷延し留年や休退学を招き、最悪の結果として自殺を招くことから、精神保健は最も重要な健康課題である。

現在、全国の大学で行われている精神保健対策は、二次予防である早期発見・早期治療・早期介入、一次予防である健康教育、心理教育などであるが、これらの取り組みにもかかわらず未だ大学生の自殺率の減少には至っ

ていない。

一般に、大学における精神保健対策は、保健管理センターが専門機関として中心となり、保健管理センター以外に学生相談室、教科教員、担任教員、事務職員が窓口となって学生の相談に当たり、相談内容によって保健管理センターに紹介するしくみとなっていることが多い。

福田(2007)は、10%くらいの大学生は心理的問題を抱えて専門家による援助が必要であるが、実際の相談率は体制の整っている大学で全学生の5%程度で、大学の相談者数や相談率は相談をするスタッフの数によって限界があり、心理的問題を抱えた多くの学生は誰にも相談していない、あるいは家族、友人、学生課や教員などメンタルヘルスを専門としていない人に相談していると思われると述べている。つまり、大学教育においては専

受付日：2012年10月31日 受理日：2013年1月24日

埼玉医科大学保健医療学部看護学科

門家でない人たちも、大学生の心の問題をよく知ることが求められている。

こうした相談体制の結果として保健管理センターを訪れる学生の中には病院紹介がすぐに必要な学生や治療のために休学が必要な学生も多く、数年に一度は誰にも相談なく自殺してしまう学生もいる。内田（2011）は、大学生の自殺の実態を調査し、男子に多い、保健管理センター関与率（17.1%）が少ない、診断がなされていない（80.0%）、自殺学生の休学率は17.1%、留年率は18.6%と一般学生より高い、特に精神疾患を持つ自殺学生の休学率は45.0%、留年率は30.0%とさらに高く、休・退学者や留年学生は自殺のリスクの高いグループとして注意が必要であり、診断されていない中には自殺と関連の深いうつ病が含まれているのではないかと報告している。

青年期は統合失調症や気分障害などの精神病の好発期であるとともに性的成熟、社会的自立、自我同一性の確立などの発達課題を抱え、社会への適応に不安定になりやすい時期であり、人間関係においては家族との結びつきよりも同世代の仲間との関係が大切になる（大熊、2008）。また、実際、筆者のA大学の調査（2011）においても学生が相談したい人は友人（38.5%）、カウンセラー（14.2%）、家族（11.9%）、担任教員（9.0%）の順となっている。

しかし、現代社会はインターネットなどの情報伝達技術の進歩の弊害としての人間関係の希薄化が問題となっており、メールなどによる間接的なコミュニケーションは、生きた人間関係を築く能力の発達に影響を及ぼしているとも言われており、石田（2010）は大学生のコミュニケーションのあり方と友人関係について間接的コミュニケーションに頼ってしまうことに警告を発している。

このような背景から大学における精神保健にかかわる問題は重要であり、特に早期発見対策は最重要課題であり、大学におけるゲートキーパーの役割は大きいと考える。

ゲートキーパーとは、自殺予防の分野において強調される概念であり、地域や職場、教育の分野において、自殺のサインに気づき、見守りを行い、専門相談機関による相談へつなぐ役割が期待される人材のことを指す。悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ見守る人のことと言ってもよい。しかし、担任教員の面談による早期発見は、その経験にまかされている状態にあり、担任教員は学生の相談を受けた際に、なんとかしてあげたいと学生を思いやるあまり、学生との距離を縮めて依存感情を引き出したり、役割の混乱をきたしやすく、ゲートキーパーの役割（カプラン、2004）を担うことは現状では非常に難しい（富

樫、2010）。

また、うつ病の基準をみだす患者についてプライマリ・ケア医（かかりつけ医）によって正しく診断されたものは50%にすぎないとの報告（村松、2010）からも、メンタルヘルス問題の早期発見の難しさがうかがわれる。担任教員は学生と一番身近な存在であり、早期発見できる機会が多いので、ゲートキーパーとしての役割を担える可能性があると考えられる。そのためには、経験や専門水準に関わらず、簡便に実施できる指標づくりが必要と思われた。

先に我々は、精神的不調を早期に発見するための「自覚症状チェックシート」

（Subjective Symptoms Check Sheet：以下SCSと略す）を作成した。SCSは2010年に学生対象に行った定期健康診断質問票の自覚症状20項目とSDS（Self-Rating Depression Scale 自己評価式抑うつ性尺度）得点40点をカットオフと規定し39点以下の「健康群」、40点以上の「精神的不調群」の2群間で差を比較し高度な有意差を認めた自覚症状10項目に抑うつとの関連が確認されている睡眠に関する項目「眠れない」、「その他」を加えた12項目を問う質問紙である（富樫、2010）。SCSの信頼性およびスクリーニング効率、信頼性係数およびROC曲線、AUC値により信頼性の検討を行っている（富樫、2011）。本研究では、担任教員がゲートキーパーの役割を担う際のSCSの活用性を明らかにすることを目的とする。

## II. 研究方法

### 1. 調査対象

GHQ30の合計点が13点以上のA大学学生に面談した担任教員42名から得た105件の面談事例を調査の対象とした。

GHQ（General Health Questionnaire）は精神的健康度を評価するものであり、Goldberg and Hiller（1972）が開発し、中川、大坊ら（1985）によって日本語版に標準化されたGHQ-60の短縮版である。高い信頼性と妥当性を有していること、ストレス指標としての妥当性を有していることが確認されている。採点法はGHQ採点法とLikert法がある。GHQ30の判定は、6/7点を区分点とした場合に7点以上に神経症者の92%が該当し、6点以下に健常者の85%が該当する。大学生を主とする青年期層では上位群は13点以上である。予防的見地では、7点以上の面談が必要であるが、本研究では7点以上の範囲に全学生の31.1%が該当するため、担任教員の面談可能数及び重症度の高い学生を優先的に発見するという目的から13点以上を採択した。担任教員の依頼文書には6点以下を健康群、7点以上を精神的な

調群, 13 点以上を精神的不調群 (要注意群) と規定し, 13 点以上の学生を対象とすることを明記した. 採点法は GHQ 採点法で行った.

## 2. 実施方法

2011 年 5 月に A 大学学生 1948 名に GHQ30 による調査を実施した. GHQ 採点法により得点化し, 13 点以上の学生を抽出した. 次に, 学生への成績配布時に GHQ30 得点が 13 点以上の学生の面談をするように担任教員及び配属教室責任者に文書にて依頼した. 依頼文書の内容として, GHQ30 の概要, 判定, 評価の仕方, 得点の合計点により 3 群に規定し, 13 点以上の精神的不調群 (要注意群) が面接の対象であること, 面接時に心配なことや困ったことの有無と現在の改善状況を聴取しコメントとして記載してほしい旨, SCS の評価として「疲労感・だるい」「胃痛・吐き気」「動悸・息切れ」「胸や背中の痛み」のいずれかを選択した場合に精神的不調が疑われること, 「眠れない」を選択した場合には保健管理センターを紹介してほしい旨, 個人情報保護法により取り扱いに留意することを記載した. 面談の結果は得られた情報をもとに担任教員の主観的判断で, 異常なし, 経過観察, 要面談の 3 項目で評価し, 「学生面接結果報告書」に記入するよう依頼した. 「学生面接結果報告書」は面談時に学生が記入した SCS とともに回収した. なお, SCS を面談の際に用いるか否かは担任教員の自由裁量とした.

## 3. 分析方法

担任教員から得た 105 件の面談事例について, 担任教員の主観的判断による「学生面接結果報告書」に基づき面談結果を, 異常なし群と要経過観察群, 要面談群の 3 群に分けた. SCS 活用の有無の比較ではカイ 2 乗検定を行い, 3 群間の比較は一元配置分散分析および Bonferroni の多重比較を用いた. 自覚症状数の比較は同様に一元配置分散分析および Bonferroni の多重比較を用いた. SCS のコメントは担任教員が面談結果を評価する際の重要な判断情報と捉え, コメントした場合に 1 件とカウントし, 記載事項は内容ごとに集計した. 5 項目の自覚症状の持ち合わせの 3 群間の比較は一元配置分散分析および Bonferroni の多重比較を用いた. 解析には, Statcel3 を用いた. 有意水準は 5%未満とした.

## 4. 倫理的配慮

学生には GHQ30 を調査する際に, 担任教員との情報共有および調査研究の資料とする旨と, 個人情報の保護に留意することを調査票の冒頭に明記し, 調査票の提出をもって調査に同意したものとみなした. 面談した担任教員には文書で依頼し提出をもって同意とみなした. い

ずれも自由意思を尊重し, 断ることによる不利益がないことを口頭にて説明し承諾を得ている.

## III. 結果

### 1. 調査対象

GHQ30 得点が 13 点以上の者は, 191 名 (9.8%) であった. このうち面接時点に在籍している 188 名 (9.7%) を分析対象とした. 性別は男性 67 名 (35.6%), 女性 121 名 (64.4%) であり, GHQ30 得点の平均 (±SD) 得点は, 16.5 ± 3.4 であった. 担任教員による面談数は, 105 名 (55.9%) であった.

### 2. 面談結果と SCS 活用の有無の比較 (表 1)

異常なし群が 76 名 (72.4%), 経過観察群が 25 名 (23.8%), 要面談群が 4 名 (3.8%) であった. SCS の活用率は全体で 89.5%, 異常なし群 88.2%, 経過観察群 92.0%, 要面談群 100.0% であった. 異常なし群と経過観察群, 要面談群の SCS の活用の有無に有意差はなかった.

### 3. 自覚症状 (表 2)

経過観察群に多い自覚症状は, 「疲労感・だるい」が一多く 65.2%, 次に「胃痛・吐き気」「過食・少食」43.5%, 「めまい・立ちくらみ」「目の疲れ」34.8% の順であった. 要面談群に多い症状は, 「疲労感・だるい」「めまい・立ちくらみ」がいずれも 50.0% であり, 次に「胃痛・吐き気」「動悸・息切れ」「食欲がない」「かぜをひく」「目の疲れ」「眠れない」がすべて 25.0% であった. 「目の疲れ」「胸や背中の痛み」以外の自覚症状は, すべて異常なし群よりも経過観察群, 要面談群において高い割合であった.

### 4. 自覚症状数の比較 (表 3)

自覚症状数の平均は異常なし群の 1.7 ± 1.6 に比較し, 要経過観察群が 3.5 ± 2.3 と有意に高かった ( $p < 0.01$ ). 要面談群 3.5 ± 0.6 との有意差は認められなかった.

### 5. 担任教員のコメント記載内容 (表 4)

面談結果で特に記載しておきたい内容は表 4 のとおりであった.

面談結果が異常なし群では, 一人暮らしの不安や部活による疲労, 震災の不安などの記載があった. 経過観察群や要面談群においては, 震災で家屋が全壊, 流された, 留年に結びつく深刻な学業の悩み, また精神的な治療を受けている, 治療が必要である, 過去に治療歴があるなどの記載があった.

### 6. 5項目の自覚症状の持ち合わせと異常なし以外のコメント率 (表5)

自覚症状「動悸・息切れ」「背中や胸の痛み」「疲労感・だるい」「胃痛・吐き気」「眠れない」の5項目のうち、1項目以上をもつ割合は、面談結果が異常なし群では35名(46.1%)、経過観察群では18名(72.0%)、要面談群では4名(100.0%)であった。5項目の自覚症状のうち1項目以上をもつ者で担任教員の異常なし以外のコメント記載のあった者を率で比較すると、異常なし群では40%、経過観察群で94.4%、要面談群で100.0%であった。精神的不調の早期発見のための自覚症状5

項目の持ち合わせ数の平均値は、異常なし群の0.7 ± 0.9に比較し経過観察群の1.5 ± 1.1が有意に高かった(p < 0.01)。要面談群との有意差は認められなかった。

### 7. SCSの活用時の特記事項 (表6)

面談結果とSCSを提出する際に42名中12名の教員によって述べられた特記事項は表6のとおりであった。SCSがあると聞きやすい、面談のきっかけづくりになる、自覚症状数が多かったので慎重に面談した、対象外ではあるが気になった学生に活用して経過観察としたなどの意見があった。

表1 面談結果とSCS活用の有無

	総数	異常なし	経過観察	要面談
面談数(件)	105	76	25	4
SCS活用数	94	67	23	4
活用率(%)	89.5	88.2	92.0	100.0

n.s.  
n.s.

表2 面談結果と自覚症状の比較

自覚症状	複数回答		
	面談結果 異常なし n=67	経過観察 n=23	要面談 n=4
1. 疲労感・だるい	25(37.3)	15(65.2)	2(50.0)
2. 胃痛・吐き気	11(16.4)	10(43.5)	1(25.0)
3. 動悸・息切れ	5(7.5)	4(17.4)	1(25.0)
4. 過食・少食	9(13.4)	10(43.5)	2(5.0)
5. めまい・立ちくらみ	16(23.9)	8(34.8)	2(50.0)
6. 食欲がない	5(7.5)	4(17.4)	1(25.0)
7. 尿の回数が多い	4(6.0)	5(21.7)	0(0.0)
8. かぜをひきやすい	3(4.5)	3(13.0)	1(25.0)
9. 目の疲れ	23(34.3)	8(34.8)	1(25.0)
10. 胸や背中やの痛み	9(13.4)	3(13.0)	0(0.0)
11. その他	3(4.5)	1(4.3)	2(50.0)
12. 眠れない→要相談	2(3.0)	1(4.3)	1(25.0)

表3 面談結果と自覚症状数の比較

	平均値 ± 標準偏差		
	面談結果 異常なし群 n=67	経過観察群 n=23	要面談群 n=4
GHQ30得点	16.4 ± 3.4	16.5 ± 3.9	16.8 ± 2.4
自覚症状数	1.7 ± 1.6	3.5 ± 2.3	3.5 ± 0.6

\*\* p < 0.01  
\*\*  
n.s.

表4 SCSの担任教員のコメント記載内容

記載内容	異常なし n=67	経過観察 n=23	要面談 n=4
無記入	30	1	
異常なし・問題なし	20		
震災不安	11	2	
一人暮らし不安・緊張	4		
疲労・やる気がでない	5		
持病・再発不安・過食	4		
試験・学業不振	2	4	2
家族の期待・家族の問題	1	1	
治療中・治療歴・治療勧奨		12	2
悩みを抱えている		2	
一過性・行動特性		2	
経過観察を要する		1	

表5 5項目の自覚症状の持ち合わせとコメント率

5項目の持ち合わせ	人 (%)						
	面談結果 異常なし n=76	コメントあり 経過観察 n=25	コメントあり 要面談 n=4	コメントあり			
SCSを使用	0個	32(42.1)	10(31.3)	5(20.0)	5(100.0)	0	0
	1個	22(28.9)	8(36.4)	6(24.0)	5(83.3)	3(75.0)	3(100.0)
	2個	9(11.8)	4(44.4)	8(32.0)	8(100.0)	1(25.0)	1(100.0)
	3個	4(5.3)	2(50.0)	3(12.0)	3(100.0)	0	0
	4個	0		1(4.0)	1(100.0)	0	0
1個以上(再掲)		35(46.1)	14(40.0)	18(72.0)	17(94.4)	4(100.0)	4(100.0)
持ち合わせの平均値±SD		0.7±0.9		1.5±1.1		1.25±0.5	
** p<0.01			**		n.s		

表6 SCS活用時の特記事項

- ・自覚症状チェック数が多かったので慎重に面談した
- ・自覚症状チェックシートがあると聞きやすい
- ・気になっていた学生がチェックされていた
- ・学業以外のことは本人から相談されないと聞きづらかった
- ・面談のきっかけづくりになる
- ・今回は問題がなくても次回から声をかけやすい
- ・気になるが話してくれない場合には保健管理センターに紹介した
- ・今回は問題がなくても経過を見て必要時紹介したい
- ・気になったので、すぐ保健管理センターに行くように勧めた
- ・今回対象外の学生で気になった学生にチェックシートを活用し要経過観察とした

## IV. 考察

### 1. 早期発見における SCS の意義

SCS の活用率は面談結果の比較では有意差が認められなかったが、SCS の活用は自由裁量であるにも関わらず、活用率が 89.5% と高かった。面談結果と症状数との比較では自覚症状数の平均値が異常なし群に比較して経過観察群、要面談群いずれの群でも高い ( $p < 0.01$ ) 結果であった。経過観察群と要面談群に多い自覚症状は、「疲労感・だるい」「過食・少食」「胃痛・吐き気」「めまい・立ちくらみ」であった。これらは、三木 (2002) が抑うつ症状をもつ患者を対象とした初診医が認めた自覚症状 (消化器疾患、自律神経失調症、ストレス反応) と同様であり、抑うつ症状やうつ病の早期発見のためにもこれらの自覚症状に着目することが重要である。

筆者も精密検査で異常がないと診断されたにもかかわらず身体症状がなかなか改善せず相談に来室した学生に精神科を紹介したことが数回ある。これらのことから精神的な不調の早期発見という観点において自覚症状に着目することは意義のあることと考える。

### 2. 担任教員による SCS の効果的活用

面談結果で経過観察、要面談と判定された数は少なかった。これは担任教員に面談を依頼した時期が成績配布時であり担任教員は GHQ30 得点と SCS の結果を元に面談し、精神的な不調の早期発見にもつながる急な成績の低下や講義への出席状況などを参考にし、総合的に判断して対応していたためである。それは、気になった学生のコメントや、「学生面接結果報告書」の提出時に面談結果の詳細を報告していた様子からも推察された。GHQ30 得点が 13 点以上には該当していないが、気になった学生に対して面談の際に SCS を使用し、その結果から経過観察が必要であると報告した担任教員も数名いた。SCS 活用時の特記事項 (表 6) として、担任教員から、自覚症状チェック数が多かったので慎重に面談した、SCS があると聞きやすい、面談のきっかけづくりになるなど、活用の利点を聞くことができた。

SCS の信頼性の検討 (富樫, 2011) において AUC (area under the curve) 値が 0.7 以上の中等度の信頼性を示した 5 項目「動悸・息切れ」「背中や胸の痛み」「疲労感・だるい」「胃痛・吐き気」「過食・少食」のうち、感度と特異度の合計値が高かった 4 項目の自覚症状は精神的な不調の早期発見のための最適指標に位置付けられると考える。これら 4 項目のうちのいずれかを選択した場合に精神的な不調が疑われ、「眠れない」を加えることによりさらに精神的な不調者の抽出率が高まる結果は筆者の SCS の実践検討において確認されており、1 項目でも該当した場合に精神的な不調を疑って面接することにより早

期発見につながると思われた。本研究においても「動悸・息切れ」「背中や胸の痛み」「疲労感・だるい」「胃痛・吐き気」「眠れない」の 5 項目のうち、1 項目以上をもつ割合は、面談結果が異常なし群では 46.1%、経過観察群では 72.0%、要面談群では 100.0% であった。

記入されたコメントは面接結果の評価の根拠、GHQ が高かった原因、今後も継続してようすをみるための情報を表していると推察された。

5 項目の自覚症状の 1 項目以上と担任教員のコメント率 (表 5) を面談結果で比較すると異常なし群では 1 項目以上が 35 名 (46.1%)、コメント率は 40.0%、経過観察群では 18 名 (72.0%)、コメント率は 94.4%、要面談群では 4 名 (100.0%)、コメント率は 100.0% であった。また、5 項目の自覚症状の持ち合わせ数の平均値では、異常なし群の  $0.7 \pm 0.9$  に比較し経過観察群の  $1.5 \pm 1.1$  が有意に高かった ( $p < 0.01$ )。これらの結果は担任教員の主観的判断を反映しており、「学生面接結果報告書」の主観的判断が妥当であったことを示している。表 4 のコメント内容が、異常なし群がすぐに解決できる問題であるのに対し、経過観察群、要面談群ではすぐに解決できない状況や不安、深刻な悩みや今後も継続して様子を見る必要のある内容であったことから、担任教員による面談は、精神的な不調を早期に発見するための効果的な機会であったと言える。

### 3. 担任教員のゲートキーパーとしての役割

うつ病患者の初診診療科は内科が 64.0% でありうつ病に罹患しても多くの患者がさまざまな身体症状を訴えて精神科以外を受診しているのが現状である。地域のプライマリ・ケア医 (かかりつけ医) にはうつ病を初期の段階で適切に診断するゲートキーパーの役割が期待されている。

一方、大学においては、担任教員がゲートキーパーとしての役割を期待されている。担任教員は学生にとって最も身近な存在であり、学科のこと、学習のこと、進学や就職のことなど、学生が、実際に困っている問題に対して現実的に理解して相談にのることができる。相談室のカウンセラーは学生が相談にきて、あるいは情報が伝わって始めて問題に気づくが、教員はいつもと違う様子や出席状況など学生の変化に最も早く気づくことができる存在である (福田, 2007)。過去にはクラスメイトや友人が学生の様子に気づき保健管理センターに相談に来ることにより早期発見できる機会が多かったが、昨今は友人には本音を言えない、話すと迷惑や心配をかけるから話したくないなど、表面的な友人関係やメールでの間接的なコミュニケーションから早期発見が難しくなっている。また保健管理センターに気軽に相談できない風潮もある。早い段階での相談を望むが、この程度

の相談は自分で解決すべきものと思ひ込み問題が深刻化してから相談にくるケースや、家族にも心配をかけまいと相談しないで一人で頑張るケースなどがみうけられるが、これらのケースは早期発見にはつながりにくい。

こうした背景からも成績配布時の面談は学生が担任を訪れる確率が高く学生の様子を観察するには好機会である。

A 大学の場合、GHQ30 得点 13 点以上の面談数は全学生数の約 10% であり、保健管理センターの現スタッフ数 2 名では面談しきれず早期発見にはならない。担任教員の面談数は担任一人当たり約 2 名であり面談可能な人数である。また、担任による面談は一度限りではなく、講義の欠席回数が 3 回以上の場合、試験の結果が不良な場合の面談など、1 年を通して受け持ち学生を観察できる。しかし、指標がない担任教員面談は、経験差や個人差が大きく、かかわりすぎて依存関係を生んでしまい、その結果として教員自身が消耗して早期発見にならない場合もある。面接での早期発見は専門家や医師でも難しいので、客観的にはかれる指標があれば、経験や専門的な知識、面接技術を伴わなくても早期発見ができると考える。本研究結果により SCS は具体的な身体的自覚症状を客観的に把握するうえでの有効性と担任教員による活用性が示唆された。特に留年学生や休学学生は自殺のハイリスクであるといわれているが、担任教員はその学生の成績や試験の結果、出席状況と SCS を活用して身体的自覚症状を把握することで、ゲートキーパーとしての役割を十分果たせると思われた。

#### 4. 研究の限界と今後の課題

SCS の活用性については、今後担任教員の活用評価をインタビュー等においてより詳しく収集し分析することによりさらに明らかになるものと考えられる。

## V. おわりに

今回、担任教員がゲートキーパーの役割を担う際の SCS の活用性が示唆された。また、SCS を用いることで、大学におけるメンタルヘルス早期発見対策として、担任教員はゲートキーパーとしての役割を十分に担えるマンパワーであり、むしろキーパーソンであるとも考えられた。

しかし、教員の職務は多岐にわたり年間を通して多忙であることから、担任教員がゲートキーパーの役割を担うことに多くの困難を伴うのが現実であろうと考える。メンタルヘルスの早期発見対策は、専門機関や担任教員のみで背負えるものではなく、大学全体で対策を講じ、すべての教職員が情報を共有のものとで一丸となって対応することが求められるものと考えられる。

## 文 献

- 大熊輝雄 (2008) : 現代臨床精神医学, 改訂第 11 版, 金原出版, 4-5. 62-63. 410.446-449.
- 福田真也 (2007) : 大学教職員のための大学生のこころのケアガイドブック, 金剛出版, 181, 14.
- 内田千代子 (2011) : 大学における休・退学, 留年学生に関する調査 第 31 報, 第 32 回全国大学メンタルヘルス研究会報告書.
- 厚生 の 指 標 増 刊, 国 民 衛 生 の 動 向 (2010/2011) : Vol.57, No.9, 116.
- 石田裕久, 渡邊由希子 (2010) : 自己開示における直接的・間接的コミュニケーションのあり方と友人関係, 人間関係研究 (9) , 67-84.
- Kaplan & Sadock' s SYNOPSIS OF PSYCHIATRY (2004) (井上令一 四宮滋子監訳) : カプラン臨床精神医学テキスト, メディカルサイエンスインターナショナル, 第 2 版.
- 富樫和枝, 奥野雅子 (2010) : 組担任制を活性化させるための保健管理センターの役割, 日本ヒューマン・ケア学会誌, 54.
- 村松公美子 (2010) : プライマリケア医に有用な気分障害の認識・評価方法, 別冊・医学のあゆみ, 最新うつ病のすべて, 医歯薬出版, 33-39.
- 樋口輝彦 (2010) : 最新うつ病のすべて, 医歯薬出版, 1-8.
- 三木 治 (2002) : プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療, 心身医 42 : 9.
- 川上憲人 : 平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業, 職域におけるうつ病の早期発見の新しい技術の開発と普及, 2. 職場用双極性障害スクリーニング尺度の作成.
- Goldberg, D.P, 中川泰彬, 大坊郁夫 : 日本版 GHQ 精神健康調査票の手引, 日本文化科学社
- 富樫和枝, 杉山雅宏, 他 (2011) : 精神的不調学生の早期発見のための試み 自覚症状チェックシートの信頼性の検討, 日本公衆衛生学会, 254.
- 渡辺昌祐, 光浦克甫 (1997) : プライマリ・ケアのためのうつ病診療 Q & A 改定版, 144-145, 554-557.
- 並木正義, 中川哲也, 川上 澄 (1982) : 消化器領域における抑うつ症. 日本短波放送 “現代の医学 '82”, 日本チバガイギー, 宝塚.
- kelly, D. (1980) (風祭元訳) : 仮面うつ病の診断. JCPD, 日常診療におけるうつ病の治療, 日本版, No.4, '80.11., Medical Tribune 日本語版, 29-30, 11.13.
- 植木啓文 (2010) : 日本のうつ病と外国のうつ病, 別冊・医学のあゆみ, 最新うつ病のすべて, 医歯薬出版, 213-217.
- 布施豊正 (2003) : 自殺と文化, 公衆衛生, Vol.67, No.9, 8-12.
- 高橋祥友 : 自殺予防, 岩波新書.
- 前野哲博, 木澤義之, 他 (2000) : 頭痛, 全身倦怠感を主訴

にプライマリ・ケアを受診した患者におけるうつ病の頻度,  
第 15 回家庭医療学研究会, 家庭医療, Vol.7.

富樫和枝, 杉山雅宏, 大河原雄一, 他 (2010): 精神的不調学生  
の早期発見のための一考察, 第 32 回全国地域保健師学  
術研究会講演集, 288.